von Ramdohr. (C. A.)

# Ueber Dammschutz und primäre Operation des Dammrisses.


VON

Dr. C. A. VON RAMDOHR,

NEW YORK.

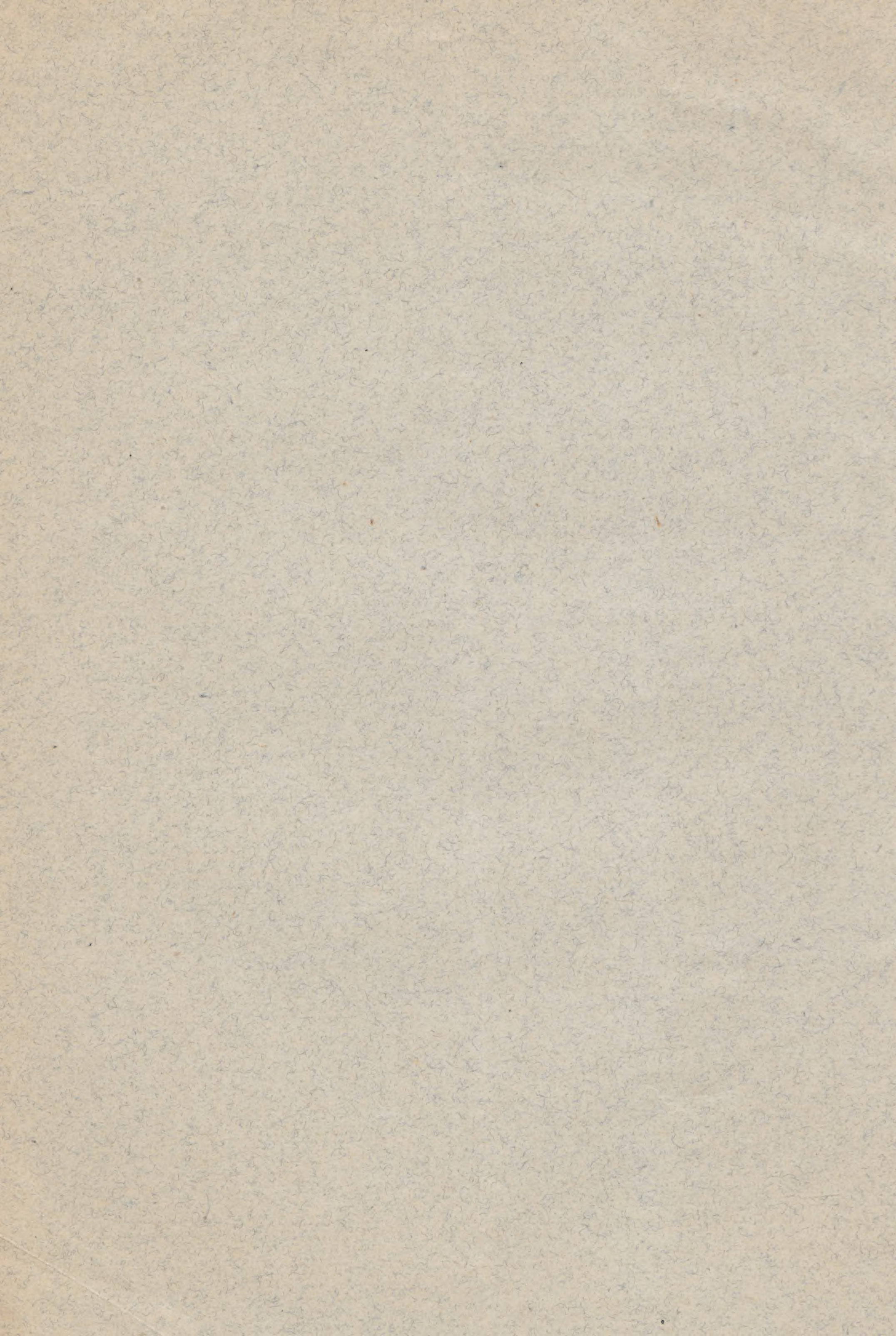


Aus der

"New Yorker Medizinische Presse,"

*Dezember* 1887.



(*Aus der „New Yorker Medizinische Presse,“ Dezember* 1887.)

# Ueber Dammschutz und primäre Operation des Dammrisses.

Von Dr. C. A. von Ramdohr.

Professor der Geburtshülfe a. d. *N. Y. Post-Graduate Medical School and Hospital,* Gynäkolog am *Logen- und Vereins-Hospital* und der *Deutschen Poliklinik.*

(Vortrag gehalten in der Sitzung der *Medizinisch-Chirurgischen Gesellschaft deutscher Aerzte von New York und Umgegend* am 5. Dezember 1887.)

Meine Herren! Wenn in irgend einem Zweige der Medizin sehr viele Wege demselben Ziele zusteuern, so dürfen wir ziemlich sicher davon überzeugt sein, dass wir den rechten Weg noch immer nicht gefunden haben.

So wird z. B. Diphtheritis heutzutage mit wenigstens hundert verschiedenen Mitteln behandelt, ohne dass bis jetzt ein Spezifikum gefunden worden ist.

Ganz in ähnlicher Weise wird in der Geburtshülfe der Dammschutz auf die verschiedenste Weise geübt, ohne dass eine Methode gefunden worden ist, welche immer den Erfolg sichert.

Eine Auslese von dem Konglomerat der verschiedenartigsten Meinungen über diesen Gegenstand erlauben Sie mir, Ihnen in dem Folgenden vorzulegen:

Cazeaux (Sixth American, from the seventh French Edition, pag. 397):

..übt „Dammschutz durch gleichmässigen Druck auf die ganze Fläche des Dammes durch Auflegung der Palmarfläche der Hand in mässigem Grade. Die letztere wird in der Weise aufgelegt, dass die radiale Seite des Zeigefingers den vorderen Rand des Dammes bedeckt, so dass die Fingerspitzen auf der linken Seite desselben liegen, während der Ballen des Daumens rechts zu liegen kommt, und der Daumen selbst das rechte *Labium majus* umspannt. Der Druck sollte nach dem *Anus* hin etwas kräftiger sein, damit der Kindskopf vorwärts geschoben und die Extensionsbewegung desselben erleichtert wird.“

Hugh C. Hodge (*Textbook on Obstetrics,* Philadelphia, 1864, pag. 192):

„.....findet es vortheilhaft, der Ausdehnung des Dammes Widerstand entgegenzusetzen und die Extension des Kindskopfes dadurch zu erleichtern, dass die Fingerspitzen der linken Hand in gleichsam konisch geschlossener Form erst auf den hinteren Theil des Dammes einen Druck ausüben und dann allmählig nach vorn geführt werden, während nun mit der rechten Hand dem Vertex und dem Occiput die passende Richtung gegeben wird, so dass dadurch unter Umständen die hintere Kommissur, wo am leichtesten ein Einriss stattfindet, geschützt wird. Gegen das Ende der Entwicklung des Kopfes müssen die Finger der linken Hand fast ausschliesslich den vorderen Theil des Dammes schützen.”

Und ferner:

„Durch Verhütung einer zu rapiden Entwicklung des Kopfes sind

unzweifelhaft schon sehr häufig bedeutende Dammrisse verhütet worden; jedoch bedarf es dabei einer besonderen Vorsicht und Bedachtsamkeit."

Sir James Y. Simpson (*Selected Works*, Appleton, New York, 1871; *Lecure Notes*, pag. 5):

§ 5. „Wenn der Kopf in die Vulva eingetreten ist, so drücke man die Kniee auseinander und unterstütze den Damm durch Auflegen der Handfläche. Dieses Verfahren ist zwar von vielen Seiten verurtheilt worden, aber nur mit Rücksicht auf seine falsche und übertriebene Anwendung. Die Vortheile, welche dasselbe bietet, sind folgende:

1. Es gewährt der Kreissenden Erleichterung,
2. Es fördert den Geburtsmechanismus,
3. Es verhindert Dammriss in Folge von zu rapider Ausdehnung desselben.

Man soll den Kopf gegen das Ende der letzten Austreibungs-Wehe austreten lassen.

Man soll die Zeit, welche zur Dehnung des Dammes dient, genau nach dem Maasse der Elastizität bemessen, welche der Damm im gegebenen Falle zeigt.

§ 6. Der Kopf wie auch der Körper des Kindes sollen so geführt werden, dass sie in der Richtung der unteren Beckenaxis austreten.

§ 7. Der Kopf soll in der Weise durchtreten, dass der kleinste Durchmesser seiner rundlichen Kegelform mit dem Durchmesser der Oeffnung zusammenfällt.

§ 8. Das Austreiben des Körpers soll zumeist der Wehenthätigkeit überlassen bleiben.

§ 9. Der Damm soll auch während des Austrittes der Schultern und des Körpers geschützt und u n t e r s t ü t z t werden."

Und auf Seite 152:

„Die korrekte Ausführung des Dammschutzes vermindert und modifizirt ohne Zweifel das Einreissen desselben; aber viel häufiger, als für gewöhnlich angenommen wird, ist dieselbe ausser Stande den Dammriss zu verhüten."

Alfred L. Galabin (*Manual of Midwifery;* Philadelphia, 1886; pag. 190):

„Es giebt ausser diesem Handgriffe zum Vorwärtsdrängen des Kopfes (dem Auflegen der Handfläche auf die *Ligamenta sacro-ischiatica* mit ausgespreiztem Daumen und Fingern) eine andere Methode, und dies ist das Eingehen in den Anus mit dem Daumen oder den Fingern, um auf den Kopf durch die Rekto-Vaginal-Wand einen Druck auszuüben."

Und weiter (pag. 191):

Ausser diesen beiden Haupt-Methoden einen Dammriss zu verhüten, mag es unter Umständen wünschenswerth sein, die Dehnung des Dammes zu unterstützen durch Zurückziehen desselben mittels des Zeige- und Mittelfingers; speziell in den Fällen, in welchen ein Einreissen zu erwarten ist, entweder wegen rigiden Perinäum oder kleiner Oeffnung oder endlich, weil der Schambogen zu eng ist. Sobald die Dehnung des Dammes durch den Kopf beginnt, ist es nothwendig, den Kopf während einer jeden Wehe zurück zu halten; in den Wehenpausen darf jedoch vorsichtige Dehnung mit den Fingern vorgenommen werden."

Leishman (*Midwifery;* Philadelphia, 1879; pag. 270):

„Der Geburtshelfer jedoch, der niemals die Hand gegen den Damm andrückt wird — davon sind wir fest überzeugt — viel weniger Dammrisse sehen, als Derjenige, welcher den Dammschutz in irgend welcher Form bei jeder Geburt für zulässig hält."

Gegen den Dammschutz sprechen sich in ähnlicher Weise Mende, Dubois, Grailys, Hewitt, Scanzoni u. A. aus.

Lusk (*Midwifery;* Appleton, New York, 1882; pag. 208.):

„Bei normalen Geburten hat mir die von Olshausen empfohlene Hohl'sche Methode treffliche Dienste geleistet. Dieselbe besteht darin, dass man nicht den Damm, sondern den vortretenden Kindestheil stützt. Der Daumen soll vorn auf das Occiput zu liegen kommen und Zeige- und Mittelfinger auf den Theil des Kopfes, welcher der hinteren Kommissur anliegt. Diese leicht einzuhaltende Lage der Hand ermöglicht es dem Geburtshelfer, in der Richtung der Scheide einen wirksamen Druck auszuüben, während der Druck der übrigen Finger die Rotation des Kopfes unter dem Schambogen hervor begünstigt.

Zugleich muss die Kreissende angewiesen werden, während einer Wehe den Athem nicht anzuhalten, ausgenommen wenn die Wehenthätigkeit schwach ist. Ist der Wehendrang so heftig, dass sie ihm keinen Widerstand entgegensetzen kann, so soll diese übermässige Reflexthätigkeit durch Chloroformnarkose behoben werden. Auch bei sehr geschickter Anwendung dieser Maassregeln giebt es doch Dammrisse, ausgenommen wenn der Arzt im Stande ist, die austreibende Kraft durch Bauchpresse, Glottisverschluss etc. neben der Wehenthätigkeit zu kontrolliren."

Trotz alledem hält Lusk dafür, dass das Vorkommen von etwa 15 Dammrissen bei je hundert Geburten kein zu hoher Prozentsatz ist.

Wm. Tyler Smith (*Obstetrics;* Am. Ed. by *Gardner;* New York, 1857; pag. 366):

„Wenn es gelingt, die zu schnelle Entwicklung des Kopfes zu verhindern, so ist damit mehr gethan als mit dem vorsichtigsten Drucke auf den Damm."

Und der Herausgeber Dr. Gardner fügt hinzu:

„Die Fälle, in denen ich Dammrisse beobachtet habe, waren stets solche, wo kein Arzt während der Geburt anwesend war oder bei denen Instrumente benutzt worden waren."

holzr

Schroeder (*Geburtshülfe;* Berlin, 1886; pag. 213) empfiehlt langsames Durchtretenlassen des Kopfes durch die Schamspalte und Abstreifen des Dammes in der Wehen-Pause, und giebt dann zu, dass bei grossem Kopf und enger Schamspalte diese letztere regelmässig einreisst.

In einer Anmerkung wendet er sich dann gegen die Lehre von Wigand, Mende und Leishman und behauptet, dass sich bedeutende Risse in das Rektum mit grösserer Sicherheit durch Unterstützung des Dammes vermeiden lassen. Bei knieender Stellung der Kreissenden hält er die Unterstützung für unnütz. Auch empfiehlt er in zweifelhaften Fällen Episiotomie mit primärer Vereinigung nach Credé. Statistisch stellt er die Häufigkeit der Damm-Risse bei Mehrgebärenden auf 9 Prozent, bei Erstgebärenden auf 34½ Prozent.

Meigs (*Obstetrics;* Phila., 1849; pag. 239) empfiehlt bei rigidem Damm Venäsektion und Druck mit Handtuch auf den Kopf.

Zweifel (*Operative Geburtshülfe;* Stuttgart, 1882) verwirft irgend welchen Druck auf den Damm und empfiehlt den sogenannten Ritgen'schen Handgriff (zwei Finger im Rektum). Auch erklärt er sich für Episiotomie.

Naegele und Grenser (*Accouchement;* Paris, 1880; pag. 215) empfehlen Seitenlage und Nachvornedrücken des Kopfes durch's Perinäum.

Dr. Clay (*Obstetric Surgery;* 3d London Edition, Phila., 1874) hält Dammrisse in acht aus zehn Fällen für vermeidlich und gebraucht zwei bis drei Finger und ein wenig Schmalz, welches er für ein ausgezeichnetes Substitut des Vaginal-Schleimes hält.

Playfair (*Obstetrics;* edited by Harris, Phila., 1880; pag. 282) empfiehlt Relaxation durch Herunterschieben des Dammes von hinten (anstatt Goodell's Methode, das Perinäum durch's Rektum nach vorne zu ziehen).

Meadows (*Manual of Midwifery;* London, 1876, pp. 189, 190) empfiehlt Dammschutz nur in ausserordentlichen Fällen und dann durch leichten Druck hinten auf den Damm.

Charpentier (edited by Egbert H. Grandin; New York, 1887; pag. 427) räth die Methode Depaul's an. Hierbei wird dem raschen Durchtreten des Kopfes durch Applikation von zwei Fingern der einen Hand an der vorderen und von zwei Fingern der andern Hand an der hinteren Kommissur ein Hinderniss gesetzt.

Aehnlich empfiehlt:

Spiegelberg (*Geburtshülfe;* 1878; Lahr, pag. 187) nur in der Seitenlage: Extension und Zurückhaltung des Kopfes mit beiden Händen (nicht durch den Damm oder Rektum). Mekerttschiauz (*Archiv für Gynäkologie,* No. 26) empfiehlt Relaxation des Dammes in Rückenlage durch Gegeneinanderziehen der Hälften des hintern Dammes mit der einen Hand und der Labien vorne mit der anderen Hand, wodurch zugleich der Durchtritt des Kopfes verzögert wird.

Lassen Sie uns nun für einen Augenblick bedenken, worauf diese Methoden alle hinzielen, um das gewünschte Resultat zu erreichen.

Die Hauptsache ist:

Den Kopf vor zu raschem Durchschneiden zu bewahren und dadurch dem Damm Gelegenheit zu geben sich langsam auszudehnen;

Dem Kopfe Gelegenheit zu geben, sich den Durchmessern des Beckenausganges anzupassen. Durch in die Höheheben des Schädels durch das Rektum, durch die Dammunterlage oder durch direkten Angriff soll ferner das Hinterhaupt möglichst nach vorne gedrängt und der Platz unter dem Schambogen benützt werden und — wenigstens in Rückenlage — das Gewicht des Kopfes vom Damm abgenommen werden.

Einige von unseren Autoren gebrauchen auch das Vorschieben des Dammes oder das Zusammendrängen desselben als Relaxations-Mittel.

Derjenige, welcher behauptet, dass er in seiner Praxis noch keinen Dammriss gehabt habe, hat entweder nur wenige Geburten geleitet, oder er hält sich nicht an die Wahrheit.

Operative Eingriffe irgend welcher Art, schlechte Kindslagen und abnormer Mechanismus; zu grosse Kinder — wegen ihres grösseren Volumens, zu kleine — wegen des raschen Durchschlüpfens; nicht elastische, harte Köpfe; Geburtsverzögerung aus irgend welchem Grunde oder abnorme Geburtsbeschleunigung; schiefe Lagerung der Gebärmutter; zu stark gestrecktes Kreuzbein und dadurch zu früher und starker Druck auf den Damm; zu enger Schambogen und nicht genügender Vortritt des Hinterhauptes; zu enge Scheide, oder zu kurzer oder zu langer, zu breiter oder zu schmaler, zu trockener oder zu ödematöser, zu straffer, zu erschlaffter oder irgendwie erkrankter Damm: — prädisponiren zum Riss. Erstgebärende in höherem Alter — sowohl wegen der verminderten Elastizität, als wegen der grösseren Kinder — dyskrasische Individuen, mit Syphilis etc. behaftet, werden selbst-

verständlich trotz aller Vorsichtsmaassregeln häufiger am Dammriss leiden, als diejenigen, deren erste Schwangerschaft in die beste Periode ihres Lebens fällt, und welche frisch und gesund mit gutem Becken einem Durchtritt des Kindes elastisch bloss so wenig Hindernisse bieten, als es die Natur verlangt.

Wird der Damm nun schon physiologisch bei der Geburt äusserst angespannt, so wird irgend ein Moment, welches die Spannung vergrössernd und bei der Geburt vermieden werden kann, uns vom grösstem Interesse sein.

Zuerst übt die Stellung der Beine einen grossen Einfluss aus: Starke Beugung der Schenkel, starke Abduktion derselben, auch stramme Extension wird immer einen Theil des Dammes strecken. Hierdurch wäre eine Indikation zur Entlastung gegeben.

Gespannt wird nun zweitens der Damm bei Anwendung der Bauch-Presse, indem der Bauchinhalt gegen die Sphinkteren gedrückt wird, in diesem Falle gegen den *Sphincter Cunni.*

Er wird aber drittens bei ganz offenem Genital-Schlauch in einer jeden Wehe gespannt, indem bei jeder Kontraktur der Uterus einen Theil seiner Stütze vom Beckenboden nimmt. Da nun Bauch-Presse und Wehe am Ende der Geburt zusammenfallen, so wird diese Indikation häufig von denen befolgt, welche in der Wehenpause den Damm über das Gesicht streifen und so indirekt Dammschutz erzielen. Für ein leeres Rektum, welches den Damm nicht auftreibt, sorgt die Natur schon selbst; sollte das aber nicht geschehen sein, so ist ein Klysma von nicht zu unterschätzendem Werthe. Die Aufgabe des Dammes, Extension des Kopfes hervorzubringen, bedingt in Rückenlage, dass das Gewicht des Kopfes vom Damme getragen werden muss. Durch Knieellenbogenlage oder Bauchseitenlage würde auch dieser Faktor fortfallen, da der Kopf dem Gesetz der Schwere folgen wird und relative Entspannung eintreten. Auch verhindert die Seitenlage das Mitpressen des Patienten bis zu einem gewissen Grade, begünstigt eine Lage mit leicht angezogenen Schenkeln, lässt uns den Damm frei übersehen, keilt das Kreuzbein nicht ein und erlaubt die Arthrodie der Sacro-Iliacal-Gelenke. Alles dieses sind Kardinalpunkte und werden wohl im Grossen und Ganzen zugegeben werden.

Bei der manuellen Hülfeleistung stossen wir auf die verschiedensten Ansichten. Alle Methoden haben gewisse Nachtheile, welche selbst theilweise von ihren Verfechtern zugegeben werden. Zu allererst öffnet irgend welche Manipulation an der Vulva der Infektion ein Feld; der Druck der Finger auf den Kopf macht häufig Eindrücke, selbst Frakturen des kindlichen Schädels. Die Finger im Rektum oder in der Scheide können Schleimhautverletzungen hervorbringen. Theoretisch ist ferner die Einschiebung eines elastischen Gewebes zwischen zwei ungleiche Widerstände, von denen der eine (die Hand) noch nicht einmal ganz gleichen Druck überall ausübt, nicht von grossem Vortheil für dasselbe. Ausserdem beeinflussen wir den Mechanismus, wie wir glauben zum Vortheil der Wöchnerinnen; aber, Hand auf's Herz, meine Herren Kollegen, glaubt einer, auch der geübteste unter uns, er kann die Extension des Kopfes so beeinflussen, dass sie den in jedem Fall verschiedenen Verhältnissen angepasst ist? Die Einführung der Zange zum Zurückhalten des kindlichen Schädels ist schon als eventuell Infektion verursachend zurückzuweisen. Chloroform kann unter keinen Umständen als absolut ungefährlich in jedem Falle angesehen werden. Episiotomie machen, die Operation der Anfänger, und anstatt einer

oder keiner Wunde deren zwei haben? Also was thun? Die Hände in den Schooss legen und die Natur sorgen lassen? Allerdings ist dies meiner Ansicht nach allem Handauflegen auf den Damm vorzuziehen. Aber wenn wir uns an unsere vorhergegangenen Postulate halten, so zeichnet sich ja der Weg ganz klar vor. Ich lagere die Wöchnerin, sobald der Kopf anfängt, den Damm zu spannen — je nachdem — auf die rechte oder linke Seite mit leicht angezogenen Beinen und verbiete ihr das Mitdrücken während der Wehe, auch durch kräftiges Hinausschreien lassen. Sodann Reinigung des Dammes. Auf den hinteren Theil des Dammes lege ich meine Hand nie zum Schutz desselben, überzeuge mich aber an der vorderen Kommissur, ob das Hinterhaupt gut unter dem Schambogen hervortritt; andern Falles streife ich dieselbe über das Hinterhaupt zurück. Scheint es, als ob der Kopf bei dem Erscheinen an der Vulva auch gleich durchgetrieben wird, versuche ich denselben durch Auflegen der ganzen Hand — nicht der Fingerspitzen — zurückzuhalten und langsamen Durchtritt zu ermöglichen.

Ist der Kopf durchgetreten, so warte ich auf die nächste Wehe, um auch den Durchtritt der Schultern auf der Seite liegend zu gestatten und achte hierbei darauf, dass das vordere Akromion nicht unmittelbar unter den Schambogen fest anliegt und so den Mittelpunkt des Kreissegmentes bildet, welches die hintere Schulter beschreibt, sondern lasse es entweder hinter das Schambein zurücktreten oder zuerst geboren werden, um den gleichzeitigen Durchtritt des grössten Schulterdurchmessers zu verhindern.

Bei Operationen befleissige ich mich der allergrössten, erlaubten Langsamkeit.

Auch noch zwischen den letzten Traktionen öffne ich hie und da das Schloss der Zange, um natürlichere oder vollständigere Rotation zu erlangen, resp. den nachgeahmten künstlichen Geburtsmechanismus durch natürlichen zu ersetzen. Hauptsächlich wird dies verlangt, wenn wir das Unglück haben, die Zange an den tiefstehenden, nach hinten rotirten Kopf anlegen zu müssen. Bei Extraktionen am Beckenende kann man nicht früh genug, sobald der Kopf in das Becken getreten, den Körper des Kindes gut heben, um den Druck auf den Damm zu vermindern. Ebenso muss man bei Extraktionen bei engem Becken, wo Kraft nothwendig ist, darauf achten, dass man, wenn der Widerstand überwunden ist, nicht plötzlich durchrutscht, sodann auch z. B. bei zertrümmertem Schädel grösste Sorgfalt bei langsamem Durchtritt walten zu lassen.

Ist es aber trotzdem, trotz Anwendung dieser oder anderer Dammschutzmethoden, nicht gelungen, den Damm ganz zu erhalten, so ist es unsere Pflicht, der Natur insofern hilfreich zur Seite zu stehen, als wir versuchen, den Riss sobald wie möglich wieder zu vereinigen.

Keinem von uns, die wir die primäre Dammnath empfehlen, wird es einfallen zu leugnen, dass in sehr, sehr vielen Fällen die volle Adaption der Wundränder durch zusammengebundene Kniee der Wöchnerin vollständig genügt, um einen nicht zu tiefen Riss und selbst durchreibende Risse zur Heilung zu bringen, aber auf der anderen Seite wird es uns Niemand verargen, wenn wir genauere Adaption der Wundränder hervorzubringen suchen durch unmittelbar folgende Naht der zerrissenen Theile.

Vom antiseptischen Standpunkte aus ist es in der neueren Zeit sogar absolut geboten, frische Wunden soviel wie möglich durch rasches, genaues Vereinigen, vor irgend welcher Infektion zu schützen.

Auf welche Weise dies meiner Ansicht nach am Leichtesten geschieht, wird meine zweite Aufgabe sein, Ihnen darzulegen.

Ein leichter Riss der hinteren Kommissur wird zu allererst niemals unserer Intervention bedürfen. Erstreckt sich aber der Dammriss bis in die Nähe des Sphinkters, so wird eine Naht absolut geboten erscheinen; diese übliche, kleinere Dammnaht sollte jeder Praktiker augenblicklich auszuführen im Stande sein, um die Frau vor späteren Unbilden zu schützen. Ist dagegen der Riss bis durch den Sphinkter in das Rektum gegangen, so ist dies eine Operation, welche auf andere Weise gemacht werden soll, als wie die ebenerwähnte leichteren Grades.

Die erstere Operation wird am besten vorgenommen, indem man die Patientin mit leicht gleich angezogenen Knieen in die rechte oder linke Seitenlage bringt. Hierdurch wird zuerst erzielt, dass die Patientin nicht sieht wenn der Einstich mit der Nadel gemacht wird, zweitens, dass das dem Muttermunde entströmende Blut nach vorne über das Schambein abfliesst und die Wunde von Blut freilässt. In dieser Weise kann man sich nach leichter Berieselung reine Wundflächen schaffen, und durch ein oder zwei tiefe Stiche Koaptation der Wundränder erzielen. Ich gebrauche zur Naht entweder aseptische Seide oder Silberdraht und eine ganz lange, halbrund gekrümmte Nadel, womöglich mit dreieckiger Spitze. Dieselbe wird einen halben bis drei viertel Zoll vom Wundrande einen Viertelzoll vor dem hinteren Rande der Wunde ein- und an dem korrespondirenden Punkte der anderen Seite ausgestochen. Diese erste Naht ist diejenige, welche die Vereinigung hauptsächlich bedingt. Die nächste, einen halben Zoll vor dieser und vielleicht noch eine dritte oder vierte oberflächliche Naht sind im Interesse glatter und vollständiger Koaptation durchaus nicht zu verachten; aber die erste Naht ist diejenige, welche verhindert, dass eine sekundäre Vernähung von Nöthen ist. Der Stich braucht die Scheidenschleimhaut nicht mit einzuschliessen, lehnt sich aber knapp an dieselbe und geht vorne in der Richtung der Rektumwand in die Höhe. Seide ist vorzuziehen, wenn dieselbe vollständig aseptisch ist, weil die Drahtspitzen hie und da Unannehmlichkeiten verursachen. Silber kann man leicht bei sich tragen und durch Ausglühen in irgend einer Flamme aseptisch machen.

Beim Anziehen der Fäden muss darauf geachtet werden, dass die Theile *fest gegeneinander gedrückt* sind, da die ödematösen Gewebe abschwellen und dann die Adaption bei nicht fest angezogenen Nähten verloren geht. Zuletzt wird die Wunde äusserlich jodoformisirt und die Patientin mit zusammengebundenen Knieen sich selbst überlassen.

Ist aber der Riss bis durch den Sphinkter gegangen, so kann allerdings *ein geübter Operateur* auch in Seitenlage mit ganz ähnlichen Stichen Sphinkterende an Sphinkterende, Rektumschleimhaut an Rektumschleimhaut, Scheidenschleimhaut an Scheidenschleimhaut und äussere Haut an äussere Haut koaptiren. Vorzuziehen ist dagegen, wenn zu allererst bei der Patientin, welche für diesen Fall in Steissrückenlage zu bringen und wenn einigermassen nervös zu anästhetisiren ist, nach Einführung eines Tampons zur Vereinigung der Schleimhäute geschritten wird und zwar durch fortlaufende Catgut-Naht vom oberen Ende der Rektumschleimhaut und gleichfalls fortlaufende Naht vom oberen Ende der Vaginalschleimhaut an bis der obere Zipfel der Pyramide einigermassen geschlossen und dann durch Etagennähte die Kloake und durch tiefgreifende Seidennähte die äussere Wunde vereinigt wird.

Wer jemals diese Art der primären Dammvereinigung geübt hat, wird nie davon abgehen. Misserfolge sind so erstaunlich selten, dass man es sich nicht der Mühe verdriessen lassen muss, auch bei der Ermüdung nach Leitung einer Geburt noch die für die Patientin so äusserst wichtige kleine Operation vorzunehmen.

Ist ein sehr grosser Dammriss vorhanden, so sollte beiläufig auch immer auf Scheidenrisse gefahndet werden, um dieselben durch Catgut sofort zu vereinigen.

Nun einen praktischen Wink denjenigen Herren Kollegen, welche wahrscheinlich auch unter uns, wenn auch hoffentlich in der kleinsten Minorität vertreten sind, und welche aus rein praktischen Gründen sich der primären Vereinigung insofern entgegenstellen, als sie behaupten, dass dadurch ihrem Renommé als Geburtshelfer geschadet würde, wenn sie den Dammriss überhaupt zugeben.

Ich habe in meiner Praxis, ausser im ersten halben Jahre, niemals einen Fall dadurch verloren, dass ich der Patientin erklärte, dass ein leichter Einriss vorhanden, der aus Vorsicht durch einen Stich zu vereinigen sei, obgleich derselbe wahrscheinlich auch ohne Operation von selbst heilen würde. Absolut zu verwerfen sind sogenannte intermediäre Operationen, deren ich mich zweier schuldig bekenne, in Konsultationsfällen, von denen keiner heilte, und von denen eine Patientin später, an Manie leidend, zu Grunde ging; Sepsis ist hier sehr zu befürchten.

Ist die Ruptur nicht primär vereinigt, so soll die sekundäre Naht später nach vollendetem Puerperium vorgenommen werden.

Noch einige Worte über die Nachbehandlung. Bei grossen Dammrissen ist darauf zu achten, dass die Patientin regelmässig urinirt, weil häufig Retention eintritt, und ist im gegentheiligen Falle mehrmals zu katheterisiren. Die beste Art der Behandlung des Darms ist wohl die, welche zwischen den beiden Extremen eines täglichen Stuhlgangs und einer längeren Verstopfung das Mittel hält, und welche etwa folgendermassen herbeizuführen ist: Bei streng flüssiger und minimaler Diät der Patientin wird in den ersten 4 Tagen der Stuhlgang weder zurückgehalten, noch durch andere Mittel hervorgerufen, am vierten Tage Rizinus-Oel; nach einer Entleerung werden die Theile ebenso wie nach dem Uriniren durch Berieselung gewaschen. In keinem Falle wird mit Schwamm oder sonstiger Betupfung agirt. Selbstverständlich ist es unter allen Umständen geboten, soviel wie möglich der normalen Involution der Genitalien förderlich zu sein, indem man die Patientin zu längerem Liegen (auf 14 Tage wenigstens), und nach kompletem Riss, auf drei Wochen verurtheilt. Die Nähte sollten nach 8 Tagen entfernt werden.

Wird Jemand den von mir kurz angegebenen Rathschlägen folgen, so bin ich überzeugt, dass er gerade so gute Erfolge erzielen wird und bessere, als er bis jetzt bei einer anderen Methode des Dammschutzes gehabt hat.

105 Seventh St.

